

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
ARTIGO ORIGINAL

Tipo de parto em Portugal: Análise da preferência

Maria Inês Cardoso Coelho da Costa

M

2018

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA



ARTIGO ORIGINAL

Tipo de parto em Portugal: Análise da preferência

DISSERTAÇÃO – MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

AUTORA

Maria Inês Cardoso Coelho da Costa

Estudante do 6º ano profissionalizante do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

Aluna nº: 201101334 | Endereço eletrónico: minesccosta@gmail.com

ORIENTADOR

Prof. Doutor Humberto J. S. Machado

Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

Assistente Graduado Sénior de Anestesia

Diretor do Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar do Porto

COORIENTADORA

Profª. Doutora Catarina Nunes

Investigadora Principal do Centro de Investigação Clínica em Anestesiologia,
Centro Hospitalar do Porto

Coordenadora do Mestrado de Estatística, Matemática e Computação da Universidade Aberta,
Departamento de Ciências e Tecnologia – Distrito do Porto

Junho, 2018

ARTIGO ORIGINAL

Tipo de parto em Portugal: Análise da preferência

DISSERTAÇÃO – MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Autora: Maria Inês Cardoso Coelho da Costa

Maria Inês Costa

Orientador: Professor Doutor Humberto Machado

Humberto Machado

Co-orientadora: Professora Doutora Catarina Nunes

Catarina Nunes

Junho, 2018

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Doutor Humberto Machado, por ter aceite o meu pedido, pelo auxílio na escolha o tema, pelo entusiasmo e pela sua disponibilidade.

À minha coorientadora, Prof^a. Doutora Catarina Nunes, sem a qual este trabalho não teria sido possível, o meu especial agradecimento pela ajuda inestimável e apoio valioso.

Ao Prof. Doutor António Tomé Costa Pereira e ao Prof. Dr. Jorge Braga, o meu muito obrigada por terem tão gentilmente facilitado a realização desta investigação no Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso.

Ao pessoal do secretariado da consulta externa de Obstetrícia do Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso pela ajuda no estudo realizado.

Agradeço também à minha irmã, Carolina, pelo exemplo que é e pela ajuda na concretização desta dissertação.

Por fim, mas com certeza não menos importante, a todas as grávidas que aceitaram participar neste estudo, muito obrigada.

Abstract

Background In recent decades, there has been an unprecedented and constant increase in cesarean delivery rates. Portugal has historically had one of the highest caesarean rates in Europe. A reduction in the prevalence of these rates due to safety, quality and concern with costs is one of the current goals of obstetric care. One of the factors frequently associated with this increase is patient preference for elective cesarean. Fear of pain, often associated with vaginal delivery, is one of the reasons why pregnant women prefer this mode of delivery.

Objective No studies were found that explored the preference for mode of delivery in Portuguese women. The aim of this study was to identify the type of delivery and anesthesia/analgesia preferred, as well as the reasons and factors associated with this preference, in a representative sample in order to identify possible modifiable factors possibly involved in increased rates.

Methods A descriptive cross-sectional study was carried out by distributing an anonymous questionnaire to 245 pregnant women between the months of February and April 2018. All pregnant women who were available to complete the questionnaire, that inquired about the preferred delivery mode and explored the reasons for this preference, were included. Respondents were also asked about their preference for peripartum anesthesia /analgesia, and on the sources of information that helped decide their preferences.

Results 22% of respondents would prefer an elective cesarean section if they could choose. The preference for cesarean delivery was higher in women with a previous caesarean section. The preference for vaginal delivery was higher in women with more advanced pregnancies. The main reasons that led participants to prefer a vaginal delivery were the quicker postpartum recovery and not wanting to miss the first hours of their child's life. Regarding the preference for elective cesarean section, the main reasons were fear and convenience. Most pregnant women preferred epidural analgesia. Respondents who selected their doctor (most common source) were more likely to prefer vaginal delivery.

Conclusion In this study, a minority of women showed a preference for cesarean delivery. A majority would prefer to have epidural anesthesia. Despite the high cesarean rates, maternal desire for cesarean section is low, suggesting that this number is due to factors other than the preference of pregnant women.

Keywords Cesarean Section, Pregnant Woman, Obstetrical Analgesia, Patient Preference, Cross-Sectional Studies, Surveys and Questionnaires

Resumo

Introdução Tem se verificado, nas últimas décadas, um aumento sem precedentes e constante nas taxas de parto por via cesariana. Portugal tem historicamente uma das taxas mais altas de cesariana da Europa. Uma redução na prevalência destas taxas por motivos de segurança, qualidade e preocupação com custos é um dos objetivos atuais dos cuidados obstétricos. Um dos fatores frequentemente associado a este aumento, é a preferência da grávida por esta via. O medo da dor é apontado como um dos motivos que leva as grávidas a preferirem uma cesariana eletiva.

Objetivos Não foram encontrados estudos que investigassem a preferência das grávidas portuguesas pelo tipo de parto. O objetivo deste estudo foi identificar qual o tipo de parto e de anestesia/analgesia preferido, assim como os motivos e fatores associados a esta preferência, numa amostra representativa, com vista a identificar possíveis fatores modificáveis, eventualmente envolvidos no aumento das taxas.

Métodos Foi conduzido um estudo transversal e descritivo através da distribuição de questionários anónimos a 245 mulheres grávidas entre os meses de Fevereiro e Abril de 2018. Foram incluídas todas as grávidas que se mostraram disponíveis para preencher o questionário que averiguava qual o tipo de parto preferido e explorava os motivos para esta preferência. As inquiridas foram igualmente questionadas sobre a sua preferência por anestesia/analgesia peri-parto e sobre as fontes de informação que ajudaram a decidir as suas preferências.

Resultados 22% das inquiridas prefeririam parto por cesariana caso pudessem escolher. A preferência por cesariana foi mais elevada nas mulheres com cesariana prévia. A preferência por parto vaginal foi superior nas mulheres com gestação mais avançada. Os principais motivos que levaram as participantes a preferir um parto vaginal foram a recuperação pós-parto mais rápida e não quererem perder as primeiras horas de vida do(s) seu(s) filho(s). Quanto à preferência por cesariana eletiva, os principais motivos foram o medo e a conveniência. A maioria das grávidas respondeu preferir anestesia epidural. As grávidas que selecionaram como fonte de informação o médico de família ou obstetra (a fonte mais vezes referida) têm uma maior probabilidade de preferir parto por via vaginal.

Conclusão Neste estudo uma minoria das mulheres inquiridas mostrou preferência por cesariana, sendo mais elevada em mulheres com cesariana prévia. Apesar das elevadas taxas de cesariana, o desejo materno por cesariana é baixo, sugerindo que este número se deve a outros fatores que não a preferência das grávidas.

Palavras Chave Cesariana, Mulher Grávida, Analgesia Obstétrica, Preferência do Doente, Estudos Transversais, Inquéritos e Questionários

Lista de Abreviaturas

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso

CNRTC – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

DEFI – Departamento de Ensino e Formação e Investigação

DGS – Direção Geral da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCAR – Taxa de Cesarianas Ajustada ao Risco

Índice

Agradecimentos	1
Abstract	2
Resumo	4
Lista de Abreviaturas.....	6
Índice	7
Lista de Figuras.....	8
Lista de Tabelas	9
Introdução	10
Métodos.....	13
Desenho e área de estudo	13
Tamanho da amostra	13
Instrumento de Inquérito	13
Análise de dados	15
Considerações Éticas	15
Resultados	16
Características Sociodemográficas da Amostra	16
Preferência das inquiridas pelo tipo de parto	17
Fatores com influência no tipo de parto preferido.....	17
Motivos para a preferência de parto vaginal	18
Motivos para a preferência de cesariana eletiva.....	19
Preferência das inquiridas pelo tipo de anestesia	20
Fontes de informação das inquiridas	22
Discussão	23
Conclusão.....	26
Anexos	27
Figuras e Tabelas	31
Bibliografia.....	41

Lista de Figuras

Figura 1.....	23
Figura 2.....	8
Figura 3.....	9
Figura 4.....	24
Figura 5.....	11
Figura 6.....	25
Figura 7.....	12
Figura 8.....	13

Lista de Tabelas

Tabela I.....	7
Tabela II.....	26
Tabela III.....	27
Tabela IV.....	28
Tabela V.....	29
Tabela VI.....	30
Tabela VII.....	31

Introdução

O parto por via cesariana foi introduzido na prática clínica como um procedimento *life-saving* tanto para a mãe como para o bebé¹. Não obstante, é um procedimento cirúrgico e como tal, acarreta riscos adicionais em comparação com o parto vaginal. Estudos revelam que esta abordagem apresenta uma morbilidade materna substancialmente maior, um maior risco de paragem cardíaca, hematoma, histerectomia, infeção major e complicações anestésicas^{2,3} assim como uma maior probabilidade de hemorragia major³ quando comparado com o parto vaginal. Para o bebé, em casos de apresentação cefálica, associa-se também a uma maior mortalidade⁴ assim como a um risco sete vezes superior de morbilidade respiratória⁵.

A taxa de nascimentos por via cesariana é apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos principais indicadores de saúde materna e reprodutiva⁶. Em 1985 esta organização declarou “não existir motivo para que a taxa de cesariana fosse superior a 10-15%”⁷. Mais recentemente, em 2015, publicou uma nota em que dizia não recomendar uma meta específica uma vez que as necessidades de partos por via cesariana variam drasticamente entre hospitais, dependendo da população. Esta nota concluía dizendo que em vez de estipular uma taxa fixa, se deveriam concentrar os esforços em garantir a realização deste procedimento às mulheres que necessitem dele⁸.

Tem-se verificado nas últimas décadas, um aumento sem precedentes e constante nas taxas de parto por via cesariana o que conduziu a um aumento na investigação, debate e preocupação entre os profissionais de saúde e os órgãos políticos⁹. Anualmente são realizadas cerca de vinte milhões de cesarianas em todo o mundo, sendo esta a cirurgia abdominal mais vezes realizada em adultos¹⁰. Desde 2000, a percentagem de cesarianas tem vindo a aumentar na maioria dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com a média a aumentar de 20%, em 2002, para 28%, em 2017¹¹. Foi comprovado que taxas de cesariana acima de 10% a nível populacional não estão associadas a reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal e, portanto, podem não ser necessárias para alcançar a menor mortalidade materna e neonatal¹².

Em Portugal, existe registo de um aumento anual da taxa de cesarianas de 3% até 2013¹³. De 2009 a 2013, este era o quinto país membro da OCDE com maior percentagem de partos por cesariana com valores de 27,0%, em 2009, e 34,8%, em 2013¹⁴. Mais recentemente, tem-se assistido a uma inversão desta tendência. De acordo com os dados mais recentes, Portugal encontra-se na décima posição, com 32%¹⁵. Isto pode ser, em parte, atribuído à implementação de um conjunto de medidas

pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), na sequência da criação da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) em 2013. Desde a criação desta comissão, verificou-se uma redução na de cesarianas a nível nacional de 2,8%, segundo os dados referidos anteriormente. No entanto, se forem comparadas as taxas entre hospitais tutelados administrativamente pelo estado (públicos) e privados, percebe-se que esta redução se deve em grande parte aos hospitais públicos. Entre 2013 e 2016, a percentagem de cesarianas nos hospitais públicos diminuiu 3%¹⁶ enquanto que nos hospitais privados esta diminuição foi de 0,5%¹⁷.

Atualmente, a taxa de cesarianas nos hospitais privados portugueses é de 65,5%¹⁷, mais do dobro do valor dos hospitais públicos (27.6%)¹⁶. As diferentes taxas de cesariana verificadas em hospitais públicos e privados podem sugerir que tanto as diferenças entre a preferência das doentes pelo tipo de parto como as diferenças a nível da organização dos cuidados pré-natais e intraparto nestas duas entidades, podem ter impacto na modalidade de parto^{18,19}. No entanto, não está claro se existe, de facto, uma diferença de preferência entre as grávidas nos dois setores. Mazzoni et al. (2016) inquiriram mulheres em hospitais públicos e privados em Buenos Aires, na Argentina, e descobriram que as preferências pelo tipo de parto eram semelhantes em ambos os sectores: das mulheres saudáveis e nulíparas, apenas 8% no setor público e 6% no setor privado, expressaram preferência por cesariana eletiva²⁰.

No SNS, as cesarianas só devem ser realizadas por indicação médica e não por vontade da grávida ou por conveniência do médico. Em 2015, de forma a aumentar o escrutínio aos serviços de obstetria e neonatologia do país, a Direção Geral de Saúde (DGS), emitiu uma norma em que estabelecia que todos os hospitais com cuidados obstétricos intraparto (públicos e privados) deveriam possuir um registo de indicações de cesariana para cada mulher que realize este procedimento, devendo ainda disponibilizar os seus dados para auditorias internas e externas sempre que solicitados. Os motivos enumerados incluíam qualquer patologia materna que contraindica o parto, uma anomalia fetal que contraindica o parto vaginal, patologia própria da gravidez, cirurgia uterina prévia, situação ou apresentação fetal anómala, gravidez múltipla (gravidez tripla, gravidez gemelar com primeiro feto em apresentação pélvica), suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, tentativa frustrada de indução do trabalho de parto, trabalho de parto estacionário e estado fetal não tranquilizador²¹.

Os motivos para o aumento das taxas de parto por cesariana são multifatoriais e ainda não muito bem compreendidos. Entre outros, incluem o aumento do número de gestações múltiplas como resultado do aumento da reprodução medicamente assistida, preocupações com a responsabilidade

médica e casos de negligência, conveniência na marcação da data e hora do parto tanto para o médico como para a grávida, e a crescente preferência de algumas mulheres por esta via¹⁵. Apesar da vontade da grávida ser um dos motivos mais vezes citado^{22,23,24} e alguns estudos sugerirem que as cesarianas eletivas por desejo da doente são um fator relevante para o aumento nas taxas de cesariana^{25,26}, existe evidência, um pouco por todo o mundo, de que a maioria das mulheres prefere parto por via vaginal²⁷. Não obstante, justifica-se a importância deste fator pela maior atenção dada à comunicação e decisão partilhada entre médico e doente²⁸, o que pode por vezes significar que mulheres que expressem uma preferência por cesariana possam obter um parto cirúrgico em vez de vaginal sem indicação clínica expressa²⁹. De facto, já foi demonstrado que um número significativo de obstetras concordaria em realizar uma cesariana eletiva, mesmo sem indicação médica, a pedido da mãe^{30,31,32,33}.

O medo da dor muitas vezes associada ao parto vaginal é também apontado como um dos motivos que leva as grávidas a preferirem parto por via cesariana^{10,20,34}. A dor experienciada pelas mulheres durante o parto é variável, sendo por vezes descrita como uma das piores dores possíveis³⁵. Existem várias alternativas não-farmacológicas (por exemplo, o parto na água, técnicas de relaxamento, acupuntura) e farmacológicas (por exemplo, sedativos, epidural, anestesia local por bloqueio nervoso) para alívio algíco, estando as grávidas livres para optar por qualquer tipo de analgesia, mediante aconselhamento médico sobre os benefícios e possíveis efeitos adversos para elas e para o bebé³⁶. No entanto, o parto é uma experiência multidimensional e quando se pondera a analgesia devem ser equilibrados os objetivos de alívio algíco com outras considerações físicas, emocionais, psicológicas, sociológicas e por vezes religiosas³⁷. Por outras palavras, o alívio da dor pode não ser suficiente para fazer com que o parto seja uma experiência positiva e satisfatória. Um número crescente de mulheres tem vindo a recorrer à epidural como estratégia de controlo da dor durante o parto³⁸, mesmo estando esta associada a um aumento do risco de parto distócico³⁹.

Apesar de, historicamente, Portugal ser um dos países com a taxa de cesariana mais elevada não foi encontrado nenhum estudo que tentasse perceber qual a preferência das grávidas portuguesas pelo tipo de parto assim como os motivos da sua escolha e a sua preferência por analgesia peri-parto. Foi esta a motivação para a realização deste estudo uma vez que, ao recolher as opiniões de uma amostra representativa de mulheres, podemos melhor compreender as suas vontades e identificar possíveis fatores modificáveis eventualmente envolvidos no aumento das taxas. O objetivo deste estudo foi então identificar qual o tipo de parto e anestesia preferidos, assim como os motivos e fatores associados a estas preferências, numa amostra representativa.

Métodos

Desenho e área de estudo

De modo a conseguir analisar a preferência pelo tipo de parto, foi conduzido um estudo transversal e descritivo através da distribuição de questionários a mulheres grávidas, no Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso (CMIN), unidade do Centro Hospitalar do Porto (CHP), na cidade do Porto, entre os meses de fevereiro e abril de 2018. O questionário foi distribuído presencialmente, em papel, nas salas de espera da consulta externa de obstetrícia do CMIN, a mulheres grávidas que se deslocavam a esta instituição para seguimento da sua gestação. A população de estudo incluiu todas as grávidas que se mostraram disponíveis para preencher o inquérito, independentemente do seu tempo de gestação ou história obstétrica.

O serviço de Ginecologia/Obstetrícia do CHP tem como área de influencia o grande Porto, com exceção de algumas freguesias. Recebe também doentes dos concelhos limítrofes do Porto e de toda a zona Norte. O CMIN é a unidade hospitalar com maior número de partos (em número total absoluto) na região do norte de Portugal, a segunda maior a nível nacional. É a maior maternidade a nível nacional (em número absoluto de partos e em número de médicos especialistas de Ginecologia Obstetrícia na região, bem como, em número de consultas e cirurgias do foro técnico no país)⁴⁰. Em 2016 esta unidade realizou 902 cesarianas e um total de 3.234 partos. A Taxa de Cesariana Bruta de 27,9%, está relacionada com o facto de o CHP ser referencia para a gravidez de risco (59,5% dos partos são de alto risco). Se considerarmos a Taxa de Cesarianas Ajustada ao Risco (TCAR), os valores são inferiores, seguindo uma tendência decrescente ⁴¹.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi determinado tendo em conta a incidência da preferência de parto por cesariana referido na metanálise Mazzoni et al. (2011)²⁷, de 15,6%, e tendo em conta o número de partos em Portugal no ano de 2016, de 86,254 (Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal)⁴². Foi usada uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Obteve-se um tamanho mínimo de amostra de 202 questionários (StatsDirect®). Prevendo uma margem de não respostas/perdas de 20%, considerou-se como tamanho de amostra final 245 questionários.

Instrumento de Inquérito

O instrumento de inquérito (Anexo 1) demorava cerca de 3 minutos a preencher. Dividia-se em

três secções.

A primeira secção avaliava a preferência pelo tipo de parto e incluía uma pergunta de resposta fechada sobre o tipo de parto preferido, em que as duas respostas possíveis eram “Parto vaginal” ou “Cesariana”. Consoante a sua opção, as inquiridas eram direccionadas para uma de duas alíneas, em que se exploravam os motivos pela sua preferência assim como as suas escolhas em relação à anestesia. Quanto aos motivos da preferência pelo tipo de parto, cada alínea era composta por dez afirmações e as respostas eram medidas com recurso a uma escala de 5 pontos de Likert, em que 1 correspondia a “totalmente em desacordo” e 5 a “totalmente de acordo” existindo também a hipótese de seleccionar a resposta “não sei” e no final acrescentar outros motivos em resposta aberta. O desejo de anestesia/analgesia ou não era avaliado pelas perguntas “Optaria por analgesia?”, nas mulheres que preferiam parto vaginal (em que as respostas possíveis eram “Sim, analgesia epidural”, “Sim, analgesia local”, “Não” e “Não sei”), e “Que tipo de anestesia preferiria?”, nas mulheres que preferiam parto por cesariana (em que as opções eram “Analgesia epidural”, “Analgesia local”, “Anestesia geral” e “Não sei”).

A segunda secção inquiria sobre o modo como as participantes obtiveram a informação que influenciou a sua escolha, oferecendo a hipótese de seleccionarem entre oito fontes possíveis (tais como a internet, o médico de família/obstetra e familiares), assim como a possibilidade de adicionarem motivos diferentes em formato de resposta aberta ou optarem pela hipótese “Ainda não pensei”.

A terceira e última secção, recolhia informação sobre as características sociodemográficas das inquiridas (como a idade e o nível de escolaridade), assim como a história obstétrica (o tempo de gestação, a paridade e as cesarianas prévias).

Através da revisão de literatura, foi possível identificar um questionário utilizado no estudo Torloni et al. (2013) sobre a preferência por cesariana numa amostra de mulheres italianas, que serviu de base para a redação do documento utilizado neste estudo. Este questionário, originalmente elaborado por uma equipa de investigadores com experiência na área de saúde pública e inquéritos, foi inicialmente testado em dez voluntárias e modificado de modo a assegurar que todas as perguntas eram claras e inequívocas. Foram igualmente alteradas as perguntas que eram sistematicamente não respondidas. A versão final foi testada em quinze mulheres de modo a assegurar validade aparente e de conteúdo¹⁰. A este documento original foram efetuadas algumas alterações e foi elaborada uma versão final de modo a melhor cumprir com o objectivo do trabalho e a estar de acordo com a realidade portuguesa. Estas modificações incluíram a alteração de algumas das afirmações na alínea que explorava os motivos

da preferência pelo tipo de parto que garantiam uma menor disparidade entre as opções apresentados para cada tipo de parto, e a criação de uma pergunta sobre a preferência das grávidas por anestesia/analgesia peri-parto.

Análise de dados

A análise estatística foi conduzida com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences*, SPSS, versão 25 (SPSS, Inc., Chicago, USA). Foi utilizada estatística descritiva para analisar as características sociodemográficas da população em estudo, a história obstétrica, o modo de obtenção da informação e o tipo de parto preferido. O Teste de Qui-quadrado foi utilizado para comparar diferenças entre variáveis categóricas como o tipo de parto e o nível de escolaridade, a paridade, cesariana prévia e fonte de informação ($p < 0.05$ foi considerado como significativo). Conduziu-se um Teste-T de amostras independentes para comparar as médias de idade e o tempo de gestação com o tipo de parto preferido.

Considerações Éticas

O trabalho teve aprovação do Conselho de Administração do CHP, tendo sido previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador da investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) do CHP e pelo Presidente do Conselho de Administração, obtendo parecer favorável. Na folha de rosto do inquérito, era explicado às intervenientes o objetivo do trabalho, assim como o facto da sua participação ser voluntária e anónima.

Resultados

A análise estatística incluiu 245 mulheres grávidas que preencheram o questionário. Num dos questionários não foi selecionada nenhuma opção para a primeira pergunta “Caso pudesse escolher, que tipo de parto preferiria?” e noutro, não foram preenchidos os campos que inquiriam sobre as características sociodemográficas. Não obstante, estes questionários foram incluídos para análise das restantes secções.

Características Sociodemográficas da Amostra

A idade média das inquiridas foi de 31.7 (± 5.3) anos e o tempo de gestação médio foi de 25.1 (± 8.6) semanas. Cerca de 35% das participantes eram licenciadas e 32% tinha completado o ensino secundário. Mais de metade das mulheres (57.8%) tinha tido pelo menos um parto previamente e, destas, aproximadamente 40% tinha tido cesariana prévia. As características sociodemográficas e história obstétrica estão representadas na Tabela I.

Tabela I - Características sociodemográficas e história obstétrica da amostra

Variável	Média \pm DP, n(%)
Idade (anos)	31.7 \pm 5.3
Idade Gestacional (semanas)	25.1 \pm 8.6
Educação	
Não completou o ensino básico	12 (4.9%)
Ensino básico (até ao 9º ano, inclusive)	26 (10.7%)
Ensino secundário (até ao 12º ano inclusive)	77 (31.6%)
Licenciatura	86 (35.2%)
Grau superior a licenciatura (Mestrado, Doutoramento)	43 (17.6%)
Parto Prévio	
Sim	141 (57.8%)
Não	103 (42.2%)
Dentro das mulheres com parto prévio	
Pelo menos uma cesariana prévia	42 (40.8%)
Sem Cesariana Prévia	61 (59.2%)

DP: Desvio padrão; n: número

Preferência das inquiridas pelo tipo de parto

Ao todo, 77.9% das inquiridas disse que, caso pudesse escolher, preferiria parto vaginal (22.1% preferiria cesariana) (Fig. 1).

Fatores com influência no tipo de parto preferido

Houve uma diferença significativa nos tempos de gestação das mulheres que preferiam parto vaginal e as que preferiam uma cesariana eletiva. As mulheres com preferência por cesariana tinham, em média, um tempo de gestação de 23 semanas e as mulheres que preferiam parto vaginal estavam, em média, na 26.^a semana de gestação ($p < 0,05$). Não foi possível demonstrar uma relação estatisticamente significativa entre a idade materna e o tipo de parto preferido (Tabela II).

Dentro do grupo de mulheres que preferiam cesariana e já tinham tido um parto prévio, cerca de 73% já tinha tido pelo menos uma cesariana. Dentro das que preferiam parto vaginal e já tinham tido pelo menos um parto, 31.3% tinha tido uma cesariana ($p < 0,05$) (Fig. 2).

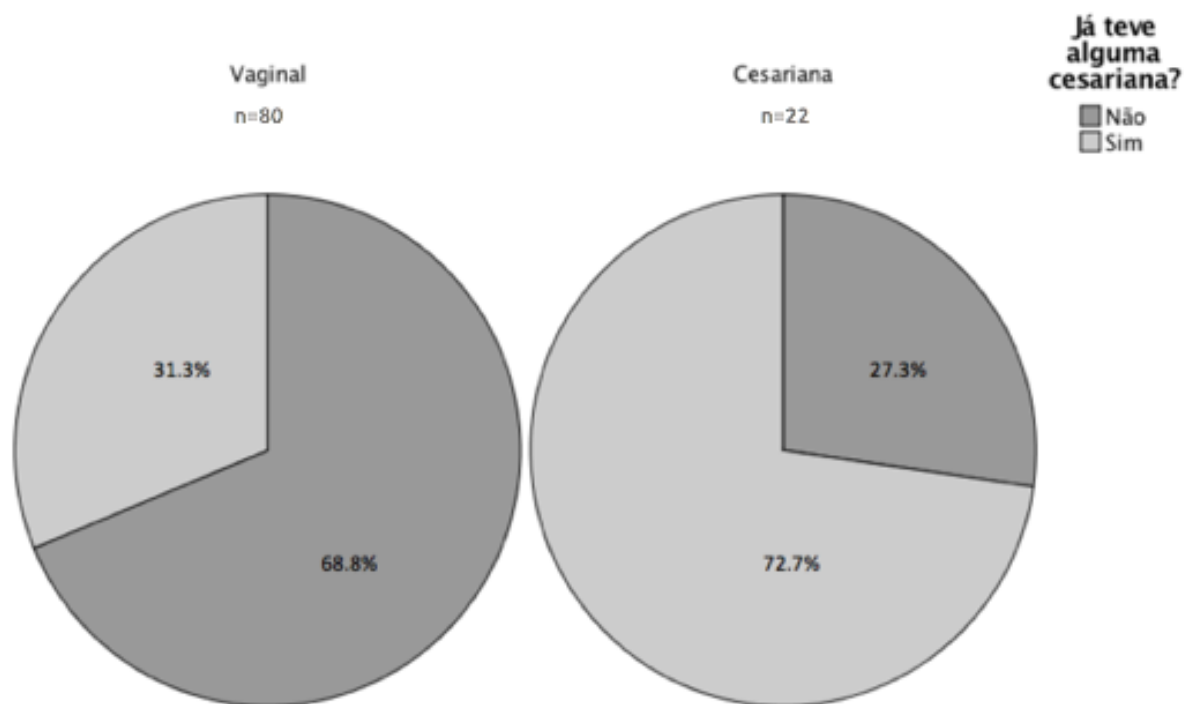


Fig. 2 - Tipo de parto preferido pelas mulheres que já tiveram parto prévio (n=92)
n: número

Não se verificou existir relação significativa entre o nível de escolaridade e o tipo de parto preferido, sendo que, em todos os níveis, a maioria preferia parto vaginal (Tabela III).

Motivos para a preferência de parto vaginal

Quanto aos motivos de preferência pelo tipo de parto (avaliados com recurso a uma escala de Likert), entre 75-80% das mulheres estavam totalmente de acordo ou de acordo com o facto de preferirem um parto vaginal pelo menor tempo de internamento, por não quererem perder as primeiras horas de vida do(s) seu(s) filho(s) e pela recuperação pós-parto ser mais rápida (Fig. 3). Um número mais reduzido de inquiridas (60,7%) disse estar totalmente de acordo ou de acordo com preferir parto vaginal por conhecer mais pessoas que já tinham tido um parto vaginal e, menos de metade (47,7%), referiu que o facto de não deixar cicatriz seria um motivo pelo qual prefeririam esta via.

Relativamente aos motivos com maior número de mulheres em desacordo, 52,1% das mulheres disse não concordar que ter tido uma cesariana prévia as influenciava a optar por um parto vaginal e 46,2% disse não ser o medo que as levava a optar por esta via.

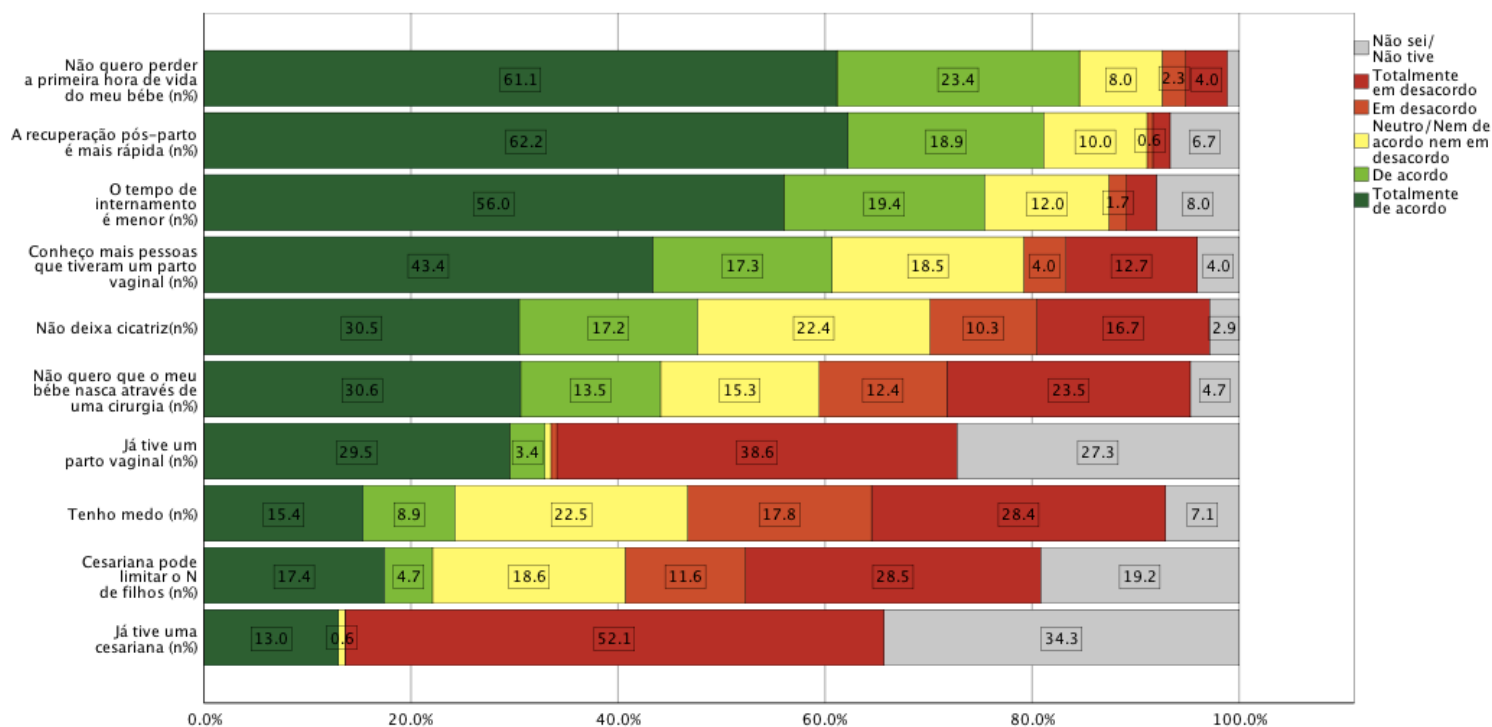


Fig. 3 - Principais motivos para preferência de parto vaginal (n=190)

Ainda no grupo das mulheres que preferiam parto vaginal, as afirmações que apresentaram um intervalo interquartil menor (igual a 1) foram a recuperação pós-parto ser mais rápida, o tempo de internamento ser menor e não quererem perder a primeira hora de vida do(s) seus(s) filho(s) (Tabela IV e diagrama de caixa [Fig. 4]). Os motivos com dispersão de resposta maior foram a ausência de cicatriz (intervalo interquartil igual a 3) e o rejeitar uma intervenção cirúrgica (intervalo interquartil igual a 4).

Outros motivos apontados pelas inquiridas na resposta aberta foram o facto de ser o método mais “natural” (referido por seis mulheres) e o facto de trazer benefícios para o recém-nascido (referido por quatro).

Motivos para a preferência de cesariana eletiva

No grupo das inquiridas que preferiam parto por cesariana (Fig. 5), o medo no geral, o medo da dor e a possibilidade de poderem programar o parto foi algo com que cerca de 60% estava de acordo ou totalmente de acordo. Aproximadamente 50% das mulheres disse concordar que o menor sofrimento para o bebé e a maior segurança para a doente seriam motivos que as levariam a optar por uma cesariana. Enquanto que 28% das mulheres disse concordar que o regresso mais rápido à vida sexual seria um motivo para a sua preferência, 36% disse não saber o peso desta afirmação na sua escolha, tendo sido esta a alínea com mais respostas “não sei”.

O motivo em que o maior número de mulheres estava em desacordo ou totalmente em desacordo foi a recuperação pós-parto ser mais rápida (25.5%); 30% afirmou não saber se esta última seria um motivo para a sua preferência. Apenas 1,9% das mulheres disse não concordar que ter tido uma cesariana prévia as influenciava no sentido de optar por um parto vaginal.

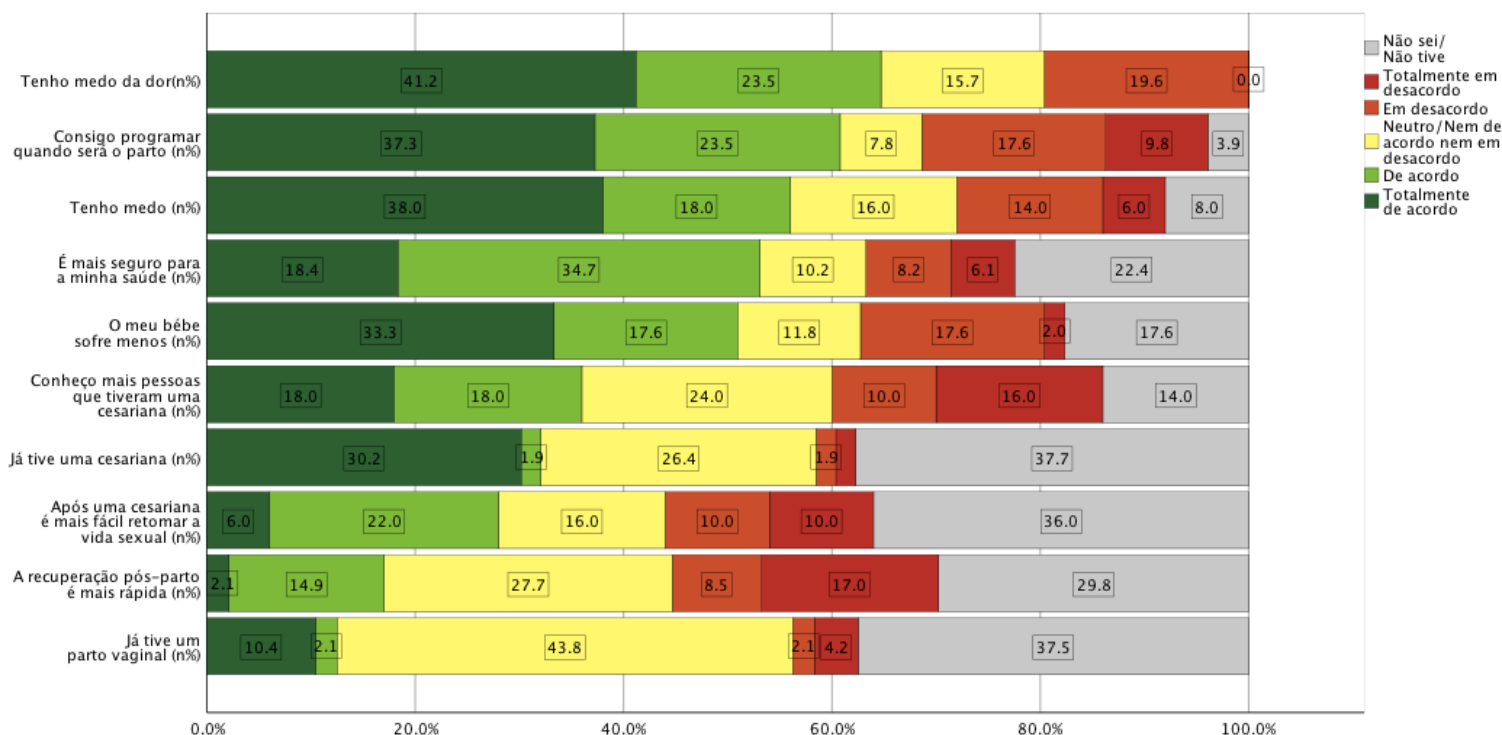


Fig. 5 - Principais motivos para preferência de parto por cesariana (n=55)
n: número

A Fig. 6 e a Tabela V mostram que as afirmações que apresentaram menor dispersão de respostas entre as inquiridas com preferência por cesariana foram o medo da dor e a possibilidade de poderem programar o parto (intervalo interquartil igual a 2), motivos estes que influenciaram positivamente a sua escolha. O motivo com dispersão de resposta maior foi ter uma cesariana prévia (intervalo interquartil igual a 5).

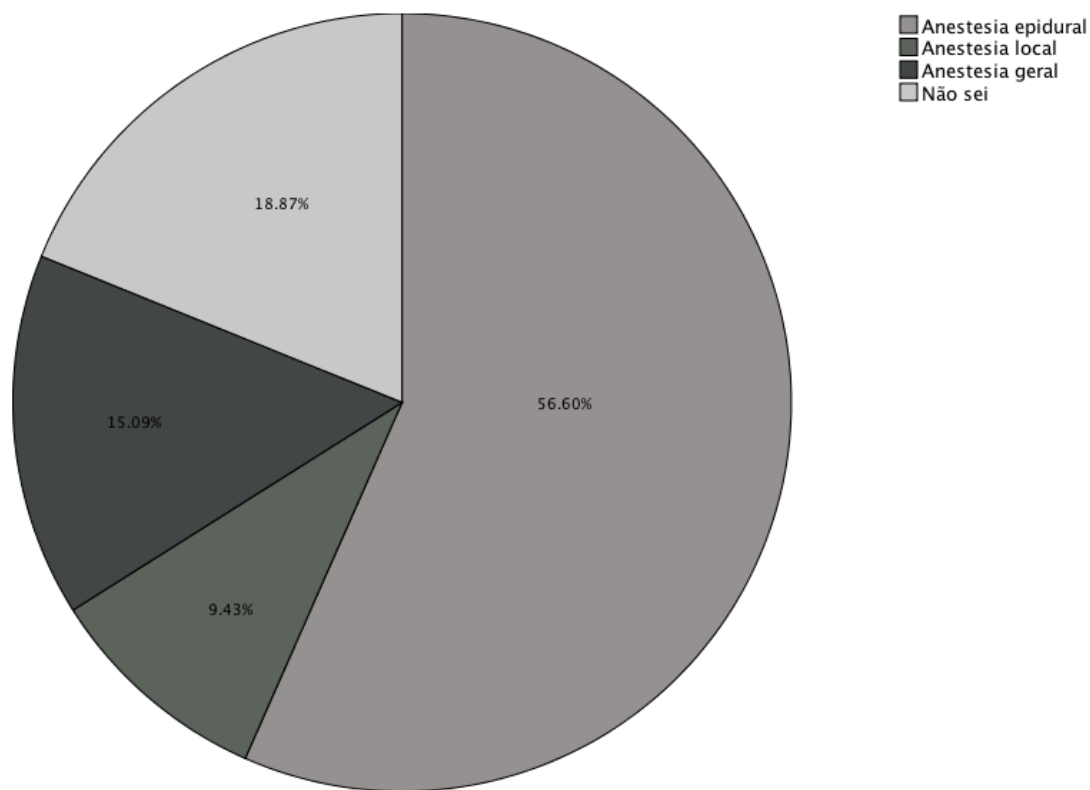
Foi também referido por três mulheres, na parte de resposta aberta, que o facto de estarem condicionadas por problemas de saúde (descolamento da retina, endometriose e revisão de cicatriz de cesariana prévia) era um dos motivos para preferirem parto por cesariana.

Preferência das inquiridas pelo tipo de anestesia

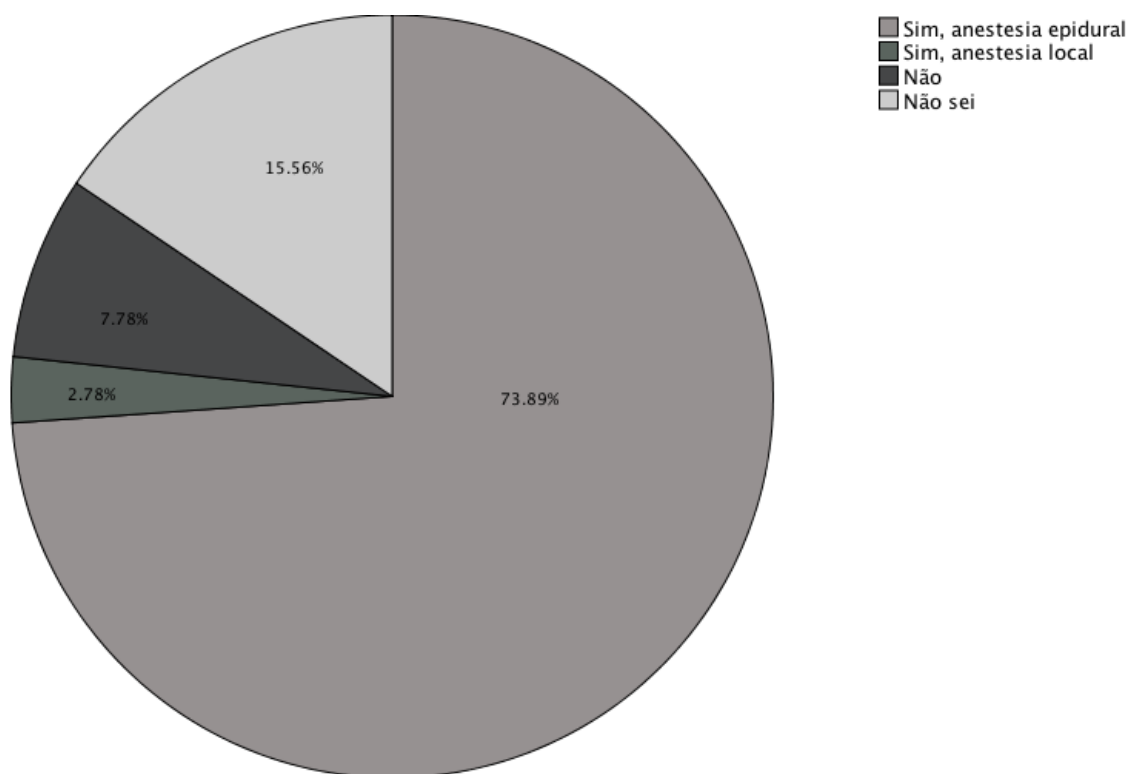
Em relação às questões que avaliavam a preferência pela anestesia, verificou-se que, no grupo das mulheres que preferiam parto por via vaginal, havia uma maior preferência por anestesia epidural (73,89%), sendo que cerca de 8% disse não querer anestesia (Fig. 7). Não se encontrou relação

estatisticamente significativa entre a preferência pelo tipo de anestesia e a fonte de informação, tempo de gestação, idade, nível de escolaridade e experiências de parto anteriores.

Do mesmo modo, dentro do grupo de mulheres que preferiam cesariana, verificou-se que a maioria preferia anestesia epidural (56,69%); 18,8% disse não saber que método de alívio alógico preferiria (Fig. 8). Também neste grupo não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a preferência pelo tipo de anestesia e a fonte de informação, tempo de gestação, idade, nível de escolaridade e experiências de parto anteriores.



*Fig. 7 - Preferência por anestesia nas mulheres que preferem parto por via vaginal (n=180)
n: número*



*Fig. 8 - Preferência por anestesia nas mulheres que preferem parto por cesariana (n=53)
n: número*

Fontes de informação das inquiridas

A análise das fontes de informação que influenciaram as grávidas na sua decisão pelo tipo de parto está representada na Tabela VI. A fonte de informação mais vezes referida foi o médico assistente, seguido pelos familiares, amigos e internet. Tendo em conta o Teste de Qui-quadrado de Pearson (também presente na Tabela VI) existe uma relação estatisticamente significativa entre a preferência pelo tipo de parto e o ter ou não obtido informação pelo médico de família/obstetra. As mulheres que assinalaram como fonte de informação o seu médico assistente, preferiram parto por via vaginal em 84% dos casos ($p < 0.05$) (Tabela VII).

Discussão

O objetivo do presente estudo foi analisar a preferência das grávidas em relação ao parto numa amostra representativa da população portuguesa.

Apenas 22% das grávidas portuguesas prefeririam um parto por cesariana, caso pudessem escolher. Ainda assim, este número encontra-se acima do relatado por A Mazzoni et al. (2011), de 13%, e é duas vezes superior ao da média europeia (11%)²⁷.

Verificou-se que a preferência por cesariana é maior nas mulheres com cesariana prévia (73% das inquiridas com cesariana prévia) o que vai de encontro ao relatado noutros países²⁷.

A preferência por parto vaginal foi superior nas mulheres com gestação mais avançada (26 semanas em comparação com 23 semanas nas mulheres que preferiam cesariana). A influência do tempo de gestação na preferência pelo tipo de parto não é uniforme entre estudos. Contudo, já foi descrita a evolução da preferência durante o decorrer da gravidez em estudos longitudinais, com resultados distintos^{43,44}. Isto que merece relevância por poder ter implicações na altura mais oportuna para aconselhamento das grávidas.

Não foi encontrada relação significativa entre o nível de escolaridade e a preferência pelo tipo de parto, o que vai contra o encontrado noutros estudos. Porém, existe discordância uma vez que alguns relatam que a preferência por cesariana está associada a níveis mais baixos de escolaridade^{10,45}, e outros associam a níveis mais elevados⁴⁶⁻⁴⁸.

Os principais motivos que levaram as participantes a preferir um parto vaginal são reforçados por outros trabalhos que também destacam a recuperação pós-parto mais rápida e o menor tempo de internamento^{10,49}, assim como o facto de não quererem perder as primeiras horas de vida do(s) seus(s) filho(s)¹⁰. Estas foram todas as afirmações em que as mulheres tiveram opiniões semelhantes: a maioria das mulheres estava totalmente de acordo que esses fatores foram os que as levaram a preferir um parto vaginal.

Dentro da lista de dez motivos para a preferência por cesariana, os principais motivos apontados foram o medo da dor, o medo em geral e a possibilidade de poderem programar o parto. Estes achados estão de acordo com o conhecimento prévio de que o medo do parto é frequentemente motivo para as mulheres preferirem um parto por cesariana^{29,43,50,51}. A conveniência de uma cesariana eletiva também já foi reportada por outros autores^{10,48,52,53}. Ter tido uma cesariana prévia mostrou não ter um impacto igualmente distribuído dentro deste grupo uma vez que os níveis de concordância

estavam muito dispersos. Depois de um cesariana inicial, as mulheres tendem a abordar o parto com uma de três posições (1) procuram parto vaginal (2) procuram novamente cesariana ou (3) estão abertas à consideração de qualquer tipo de parto, sendo que diferentes estudos revelam existir diferenças entre a força de preferência por cada via^{54,55}. Note-se que entre as mulheres que de facto tiveram uma cesariana no passado e estavam novamente grávidas, a preferência por cesariana foi maior em mulheres com cesariana prévia, como referido anteriormente. Uma vez que três mulheres referiram, na parte de resposta aberta, que a sua preferência por cesariana se prendia com motivos de saúde (e, portanto, não seria uma preferência, mas sim uma necessidade), teria sido pertinente ter dado hipótese às inquiridas de assinalarem se o facto de optarem por cesariana se devia a indicação médica, de forma a melhor determinar os motivos pela sua escolha.

Quando questionadas à cerca do tipo de analgesia preferida, em ambos os grupos, a maioria respondeu preferir anestesia epidural. A preferência por este tipo de analgesia tem sido associada a mulheres múltiparas e com níveis de educação superiores^{38,56}. Contudo, o presente estudo não revelou existir nenhuma relação estatisticamente significativa entre a preferência pelo tipo de anestesia e os outros fatores avaliados.

Relativamente ao modo como obtiveram a informação que as ajudou a decidir as suas preferências, a fonte de informação mais vezes referida foi o médico de família ou obstetra (44%). As grávidas que apontaram como fonte de informação o seu médico de família ou obstetra têm uma maior probabilidade de preferir parto por via vaginal, como se verificou em 84% destes casos. Como principais prestadores de cuidados de saúde, espera-se que os obstetras e médicos de família forneçam as informações necessárias às grávidas relativamente aos diferentes tipos de parto. Como tal, as suas próprias preferências e atitudes podem influenciar as preferências da mulher. Este achado realça a importância da aprendizagem sobre o parto através do médico assistente.

Por ter sido determinado, *a priori*, o tamanho da amostra e se ter efetuado a distribuição dos inquéritos no centro com a maior maternidade a nível nacional⁴⁰, foi possível obter uma amostra representativa da realidade portuguesa. De facto, apesar do número de inquiridas com cesariana prévia ter sido superior à média nacional (40% e 32%¹⁵, respetivamente), os resultados demográficos revelaram ir de encontro com a realidade do país. A idade média das grávidas incluídas (31,7 anos) foi aproximada à média nacional de idade da mãe ao nascimento de um filho (31,9 anos)⁵⁷ e a distribuição do nível de escolaridade, de acordo com os dados mais recentes, foi comparável aos números nacionais de escolaridade materna⁵⁸.

À luz do que foi discutido anteriormente, por se ter conduzido o inquérito numa instituição pública, pode ter sido introduzido um viés de amostragem, uma vez que a percentagem de cesarianas nos hospitais privados é o dobro da taxa nacional^{16,17}. Porém, sabe-se que muitas mulheres que escolhem ter o parto em unidades hospitalares privadas são seguidas no sistema de saúde público. Não obstante, este estudo mostra que apenas uma minoria das grávidas expressa preferência por parto por cesariana e, apesar da vontade da grávida ser um dos motivos mais vezes citado^{22-24,36,51}, parece improvável que isto explique as elevadas taxas de cesariana, nomeadamente a nível das instituições privadas que apresentam valores na ordem dos 65%¹⁷.

Conclusão

Neste estudo, uma minoria das mulheres inquiridas mostrou preferência por cesariana, sendo esta preferência superior em mulheres com cesariana prévia. Apesar das elevadas taxas de cesariana a nível nacional, o desejo materno por cesariana é baixo, sugerindo que este número se deve a outros fatores que não a preferência das grávidas.

O presente estudo contribui para um melhor entendimento das preferências das grávidas portuguesas. Uma vez que não se consegue inferir, a partir destes resultados, os casos em que o desejo por cesariana resultou efetivamente num parto por essa via, sugere-se que se explore futuramente a influência da preferência materna por cesariana no resultado do parto. Seria também pertinente investigar em que medida a taxa nacional de cesarianas é influenciada pelos partos que resultam do desejo da doente e não devido a indicações medico-obstétricas. À luz das indicações para cesariana atualmente preconizadas pela norma da DGS²¹, torna-se difícil avaliar quantos casos são, na realidade, resultado da preferência materna.

Anexos

Anexo 1 – Questionário distribuído às grávidas



Questionário - Preferência entre parto Vaginal e Cesariana

Este trabalho, realizado no âmbito da disciplina de Dissertação/Projeto/Estágio do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) tem como objetivo estudar a preferência das grávidas em Portugal pelo tipo de parto.

Passa pelo preenchimento de um questionário curto (3 minutos) a ser distribuído às utentes do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

A participação neste questionário é VOLUNTÁRIA e ANÓNIMA.

Muito obrigada pela sua participação.

Este trabalho teve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Porto (CHP) e do Gabinete Coordenador da Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI).

Para qualquer dúvida por favor contacte: minesccosta@gmail.com

1.

A. Caso pudesse escolher, que tipo de parto preferiria?

- ☐ Parto vaginal
☐ Cesariana

Se respondeu Parto vaginal, responda somente à alínea B. Se respondeu Cesariana, responda somente à alínea C.

B. Porque preferiria um parto vaginal? (p.f. responda a todas as alíneas)

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo
Não deixa cicatriz	1	2	3	4	5	Não sei
Não quero perder a primeira hora de vida do meu bebê	1	2	3	4	5	Não sei
Tenho medo	1	2	3	4	5	Não sei
Não quero que o meu bebê nasça através de uma cirurgia	1	2	3	4	5	Não sei
Já tive um parto vaginal	1	2	3	4	5	Não sei/ Não tre
Conheço mais pessoas que tiveram um parto vaginal	1	2	3	4	5	Não sei
Quero ter vários filhos e sei que uma cesariana pode limitar o número	1	2	3	4	5	Não sei
A recuperação pós-parto é mais rápida	1	2	3	4	5	Não sei
O tempo de internamento hospitalar é menor	1	2	3	4	5	Não sei
Já tive uma cesariana	1	2	3	4	5	Não sei/ Não tre
Outro:						

B.1. Optaria por anestesia?

- ☐ Sim, anestesia epidural
☐ Sim, anestesia local
☐ Não
☐ Não sei

C. Porque preferiria um parto por cesariana? (p.f. responda a todas as alíneas)

	Totalmente em desacordo					Totalmente de acordo
Tenho medo da dor	1	2	3	4	5	Não sei
Consigo programar quando será o parto	1	2	3	4	5	Não sei
O meu bebê sofre menos	1	2	3	4	5	Não sei
Já tive uma cesariana	1	2	3	4	5	Não sei/ Não tre
Após uma cesariana é mais fácil retomar a vida sexual	1	2	3	4	5	Não sei
Conheço mais pessoas que tiveram uma cesariana	1	2	3	4	5	Não sei
É mais seguro para a minha saúde	1	2	3	4	5	Não sei
Tenho medo	1	2	3	4	5	Não sei
Já tive um parto vaginal	1	2	3	4	5	Não sei/ Não tre
A recuperação pós-parto é mais rápida	1	2	3	4	5	Não sei
Outro:						

C.1. Que tipo de anestesia preferiria?

- ☐ Anestesia epidural
☐ Anestesia local
☐ Anestesia geral
☐ Não sei

2. De que modo obteve a informação que a ajudou a decidir as suas preferências?
(selecione as alíneas que se aplicam)

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Através do meu médico obstetra/ de família | <input type="checkbox"/> Através da internet | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Através do meu marido/parceiro | <input type="checkbox"/> Através da televisão | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Através de um familiar | <input type="checkbox"/> Através de um curso/livros | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Através de um amigo | <input type="checkbox"/> Através de jornais/revistas | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ainda não pensei | <input type="checkbox"/> Outro: | |

3. Dados pessoais:

a. Tempo de gestação: ____ semanas

b. Idade: ____

c. Nível de escolaridade:

- ☐ Não completou o ensino básico
- ☐ Ensino básico (até ao 9º ano, inclusive)
- ☐ Ensino Secundário (até ao 12º ano, inclusive)
- ☐ Licenciatura
- ☐ Grau superior à licenciatura (Mestrado, Doutoramento)

d. Já teve algum parto?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, já teve alguma cesariana?

Sim ☐ Não ☐

Obrigada pelo seu tempo.

Figuras e Tabelas

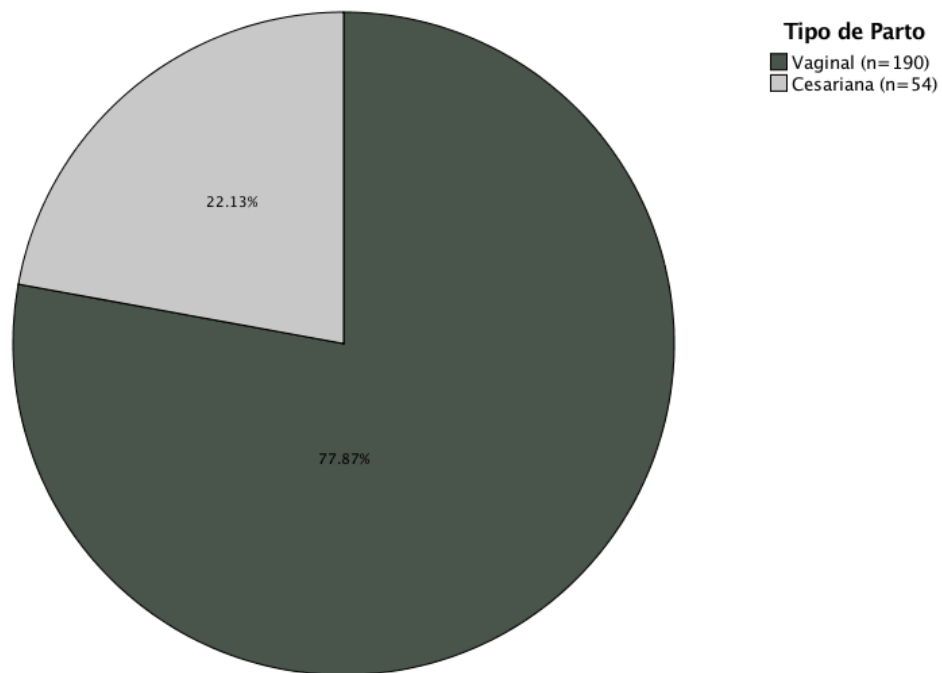


Fig. 1 - Tipo de parto preferido pelas mulheres portuguesas (n=244)
n: número

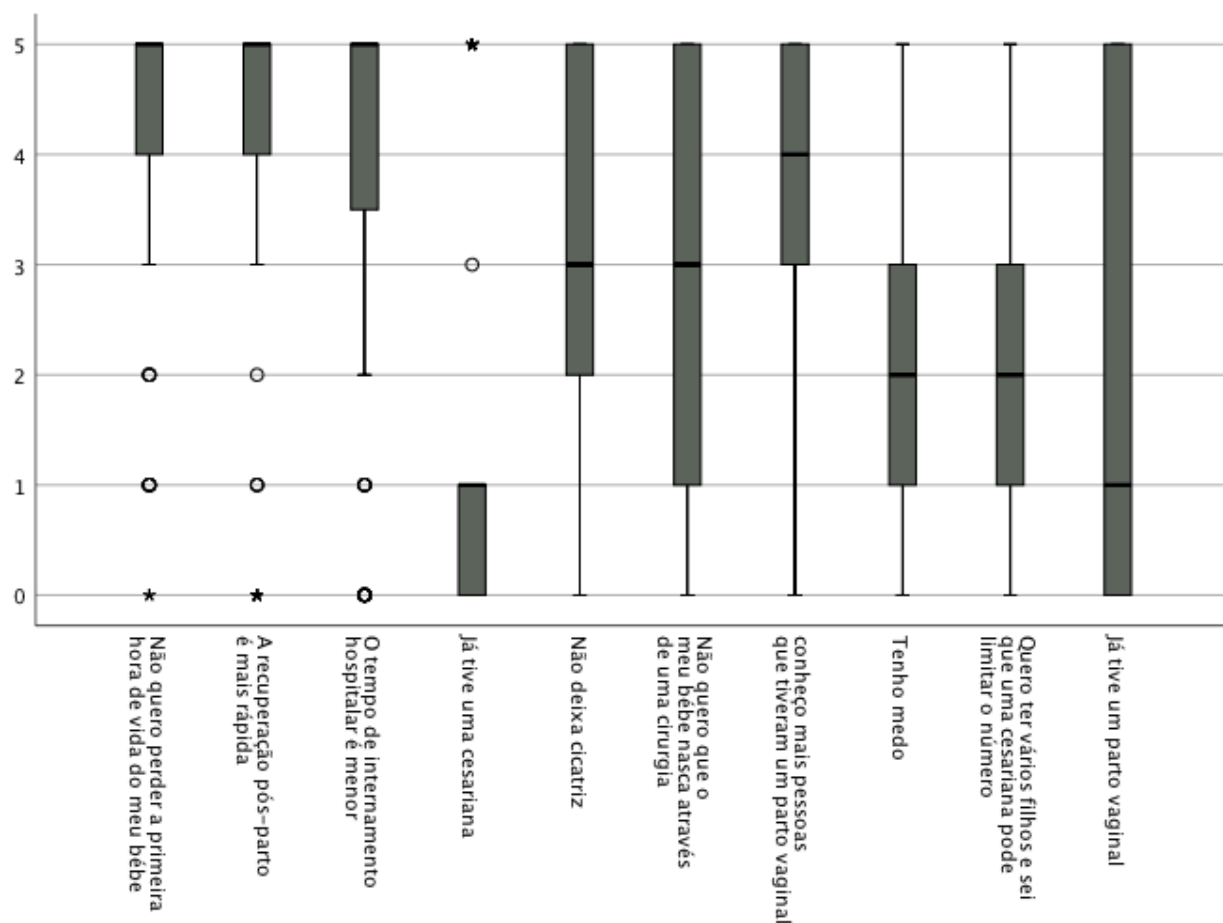


Fig. 4 - Boxplot: Motivos pela preferência de tipo de parto vaginal

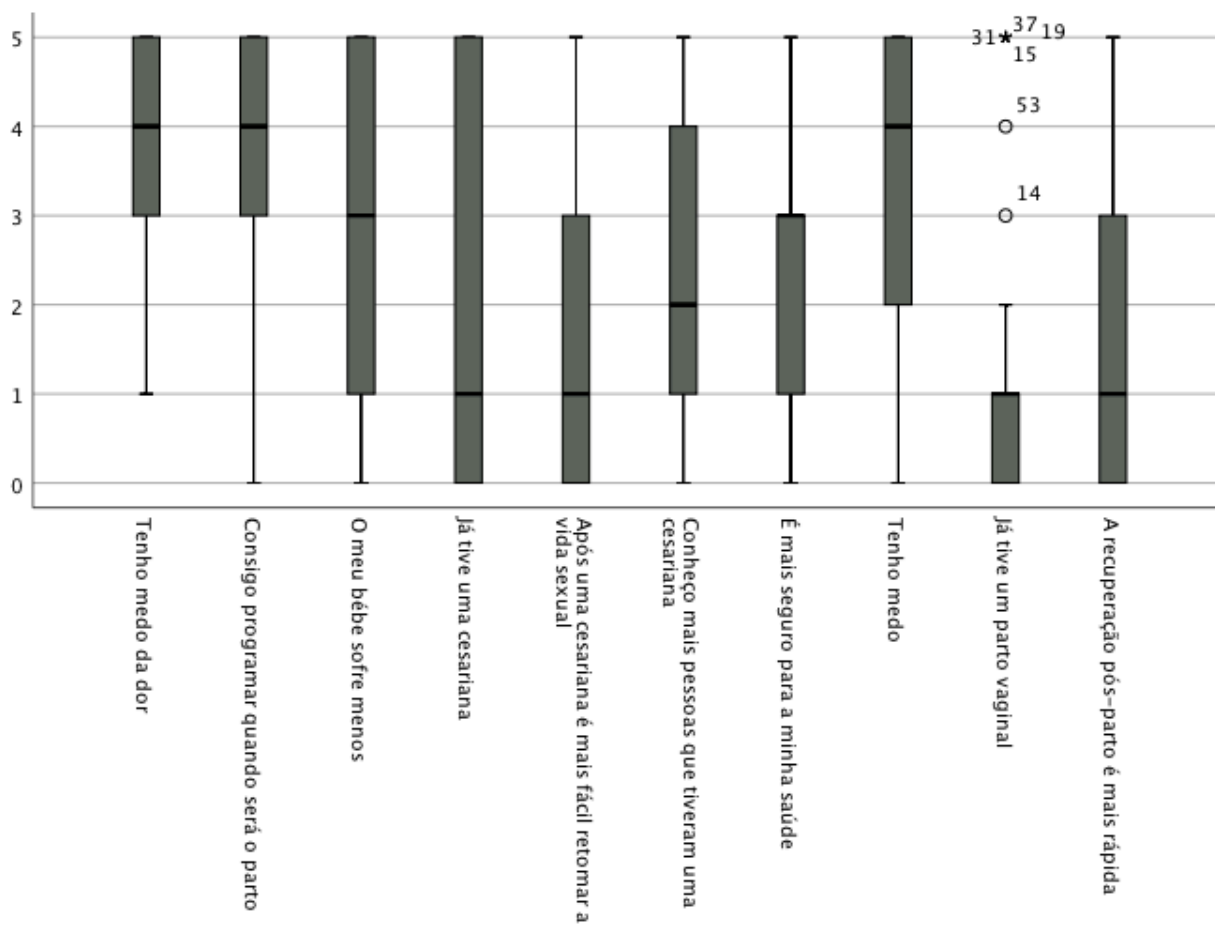


Fig. 6 - Boxplot: Motivos para a preferência de parto por cesariana

Tabela II - Teste-T: Relação entre o tipo de parto preferido com o tempo de gestação e idade

	Tipo de Parto preferido	Média ± DP Erro padrão	Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-T para a igualdade de médias		
			Z	Sig.	t	df	Sig. (2-extremidades)
Tempo de Gestação	Vaginal	31.31 anos ± 5.362 .390	.277	.599	2.060	240	.040
	Cesariana	32.81 anos ± 5.025 .684					
Idade	Vaginal	25.76 semanas ± 8.547 .622	.512	.475	-1.848	241	.066
	Cesariana	23.02 semanas ± 8.554 1.175					

DP: desvio padrão

Tabela III - Relação entre o nível de escolaridade e tipo de parto preferido; Teste de Qui-quadrado de Pearson

		Não completou o ensino básico	Ensino básico (até ao 9º ano, inclusive)	Ensino secundário (até ao 12º ano inclusive)	Licenciatura	Grau superior a licenciatura (mestrado, doutoramento)	TOTAL
Tipo de Parto Preferido	Vaginal	11	22	54	70	32	189
		91.7%	84.6%	70.1%	82.4%	74.4%	77.8%
	Cesariana	1	4	23	15	11	54
		8.3%	15.4%	29.9%	17.6%	25.6%	22.2%
TOTAL		12	26	77	85	43	243 ¹
		4.9%	10.7%	31.7%	35.0%	17.7%	
			Valor	df	Significância Assintótica (bilateral)		
Teste Qui-quadrado de Pearson			5.958 ^a	4	.202		

¹- Dois questionários foram excluídos desta análise por incorreto preenchimento da secção 3.

Tabela IV - Motivos pela preferência de parto vaginal

	Mediana IIQ¹(75-25)	Totalmente em desacordo (1)	Em desacordo (2)	Nem de acordo nem em desacordo (3)	De acordo (4)	Totalmente de acordo (5)	Não sei/ Não se aplica (0)
Não deixa cicatriz	3 5-2=3	29 (16.7%)	18 (10.3%)	39 (22.4%)	30 (17.2%)	53 (30.5%)	5 (2.9%)
Não quero perder a primeira hora de vida do meu bebê	5 5-4=1	7 (4.0%)	4 (2.3%)	14 (8.0%)	41 (23.4%)	107 (61.1%)	2 (1.1%)
Tenho medo	2 3-1=2	48 (28.4%)	30 (17.8%)	38 (22.5%)	15 (8.9%)	26 (15.4%)	12 (7.1%)
Não quero que o meu bebê nasça através de uma cirurgia	3 5-1=4	40 (23.5%)	21 (12.4%)	26 (15.3%)	23 (13.5%)	52 (30.6%)	8 (4.7%)
Já tive um parto vaginal	1 5-0=5	68 (38.6%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	6 (3.4%)	52 (29.5%)	48 (27.3%)
Conheço mais pessoas que tiveram um parto vaginal	4 5-3=2	22 (12.7%)	7 (4.0%)	32 (18.5%)	30 (17.3%)	75 (43.4%)	7 (4.0%)
Quero ter vários filhos e sei que uma cesariana pode limitar o número	2 3-1=2	49 (28.5%)	20 (11.6%)	32 (18.6%)	8 (4.7%)	30 (17.4%)	33 (19.2%)
A recuperação pós-parto é mais rápida	5 5-4=1	3 (1.7%)	1 (0.6%)	18 (10.0%)	34 (18.9%)	112 (62.2%)	12 (6.7%)
O tempo de internamento hospitalar é menor	5 5-4=1	5 (2.9%)	3 (1.7%)	21 (12.0%)	34 (19.4%)	98 (56.0%)	14 (8.0%)
Já tive uma cesariana	1 1-0=1	88 (52.1%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	22 (13.0%)	58 (34.3%)

¹ – Intervalo Interquartil

Tabela V - Motivos para preferência de parto por cesariana

	Mediana IIQ ¹ (75-25)	Totalmente em desacordo (1)	Em desacordo (2)	Nem de acordo nem em desacordo (3)	De acordo (4)	Totalmente de acordo (5)	Não sei/ Não se aplica (0)
Tenho medo da dor	4 5-3=2	8 (15.7%)	0 (0.0%)	12 (23.5%)	10 (19.6%)	21 (41.2%)	0 (0.0%)
Consigo programar quando será o parto	4 5-3=2	4 (7.8%)	5 (9.8%)	12 (23.5%)	9 (17.6%)	19 (37.3%)	2 (3.9%)
O meu bebé sofre menos	4 5-1=4	6 (11.8%)	1 (2.0%)	9 (17.6%)	9 (17.6%)	17 (33.3%)	9 (17.6%)
Já tive uma cesariana	1 5-0=5	14 (26.4%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	16 (30.2%)	20 (37.7%)
Após uma cesariana é mais fácil retomar a vida sexual	1 3-0=3	8 (16.0%)	5 (2.0%)	11 (4.5%)	5 (2.0%)	3 (1.2%)	18 (36.0%)
Conheço mais pessoas que tiveram uma cesariana	2 4-1=3	12 (24.0%)	8 (16.0%)	9 (18.0%)	5 (10.0%)	9 (18.0%)	7 (14.0%)
É mais seguro para a minha saúde	3 4-1=3	5 (10.2%)	3 (6.1%)	17 (6.9%)	4 (1.6%)	9 (3.7%)	11 (22.4%)
Tenho medo	4 5-2=3	8 (8.0%)	3 (6.0%)	9 (18.0%)	7 (14.0%)	19 (38.0%)	4 (8.0%)
Já tive um parto vaginal	1 1-0=1	21 (43.8%)	2 (4.2%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	5 (10.4%)	18 (37.5%)
A recuperação pós-parto é mais rápida	1 3-0=3	13 (27.7%)	8 (17.0%)	7 (14.9%)	4 (8.5%)	1 (2.1%)	14 (29.8%)

¹ – Intervalo Interquartil

Tabela VI - Modo de obtenção da informação que ajudou a decidir a preferência pelo tipo de parto; Teste de Qui-quadrado de Pearson

Fonte de Informação	n (%)	Teste Qui-quadrado de Pearson		
		Valor	df	Significância Assintótica (bilateral)
Através do meu médico de família/Obstetra	107 (44.1%)	4.310 ^a	1	.038
Através de um familiar	68 (27.8%)	3.016 ^a	1	.082
Através de um amigo	54 (22.0%)	2.154 ^a	1	.142
Através da internet	44 (18.0%)	.486 ^a	1	.486
Através de um curso/livros	42 (17.1%)	.015 ^a	1	.904
Através do meu marido/parceiro	32 (13.1%)	1.982 ^a	1	.159
Ainda não pensei	39 (15.9%)	2.010 ^a	1	.156
Através de jornais/revistas	19 (7.8%)	.481 ^a	1	.488
Através da televisão	17 (6.9%)	1.139 ^a	1	.286

Tabela VII - Preferência pelo tipo de parto nas mulheres que assinalaram como fonte de informação o seu médico de família/obstetra

		Não assinalaram	Assinalaram	TOTAL
Tipo de Parto Preferido	Vaginal	100 73.0%	90 84.1%	190
	Cesariana	37 27.0%	17 15.9%%	54
TOTAL		137 56.1%	107 43.9%	244

Bibliografia

1. U.S National Library of Medicine. *Cesarean Section - A Brief History*. Retrieved May 7, 2018, from U.S National Library of Medicine: <https://www.nlm.nih.gov>
2. Liu S, L. R. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*. 2007. 176(4): 455-60
3. M Knight, J Kurinczuk, P Spark et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstetrics and gynecology*. 2017; 111(1): 97-105
4. J Villar, G Carroli, N Zavaleta et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007. 335(1025):1025
5. NICE Clinical Guideline. (2012). Cesarean section.
6. WHO. *Indicator Metadata Registry - Births by caesarean section*. Retrieved May 5, 2018, from World Health Organization Web site: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=68>
7. {Unknown Author}. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985. 2(8452): 436-7
8. WHO. World Health Organization: Statement on Caesarean Section Rates. Retrieved May 5, 2018, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=BD94322423813303E6FF619DFE6193E?sequence=1
9. A Betrán, J Ye, AB Moller, J Zhang, AM Gülmezoglu, MR Torloni. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016. 11(2)
10. MR Torloni, AP Betrán, P Montilla et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013. 13(78).
11. OECD. *Caesarean sections - indicator*. Retrieved May 8, 2018, from OECD Data: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
12. J Ye, J. Zhang, R Mikolajczyk et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015. 123(5); 745-53.
13. OECD. *Health at a Glance 2009*. Paris: OECD Publishing. Retrieved May 5, 2018, from OECDiLibrary: oecd-ilibrary.org
14. OECD. *Health at a Glance 2013*. Paris: OECD Publishing. Retrieved May 5, 2018, from OECDiLibrary: oecd-ilibrary.org
15. OECD. *Health at a Glance 2017* . Paris: OECD Publishing. Retrieved May 5, 2018, from OECDiLibrary: oecd-ilibrary.org
16. PORDATA. *Partos nos hospitais oficiais: total e por tipo - Consulta Avançada*. Retrieved May 5, 2018, from PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt>
17. PORDATA. *Partos nos Hospitais Privados: total e por tipo - Consulta Avançada*. Retrieved May 5, 2018, from PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt>

18. J Villar, E Valladares, D Wojdyla et al. Caesarean rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006. 367(9525); 1819-29.
19. JE Potter, E Berquó, IH Perpétuo et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2011. 323(7322); 1155-8.
20. A Mazzoni, F. Althabe, L Gutierrez. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16(34)
21. Direção Geral de Saúde. *Norma: Registo de Indicações de Cesariana*. Retrieved May 5, 2018 from http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
22. NE Marshall, R Fu, J Guise. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. 2011. 205(3); 262.e1-8
23. P Lumbiganon, M Laopaiboon, AM Gülmezoglu, JP Souza, S Taneepanichskul. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health. *Lancet*. 2010. 375(9713); 490-499
24. JP Souza, A Gülmezoglu, P Laopaiboon et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes. *BMC Med*. 2010. 8(71).
25. Dobson, R. Caesarean section rate in England and Wales hits 21. *BMJ*. 2001. 323(7319); 951.
26. A Langer, J. Villar. Promoting evidence based practice in maternal care. *BMJ*. 2002. 324(928); 928-929.
27. A Mazzoni, F. Althabe, NH Liu et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011. 118(4); 391-9
28. U Högberg, N Lynøe, M Wulff. Cesarean by choice? Empirical study of public attitudes. *AOGS*. 2010. 87(12); 1301-8.
29. D Fuglenes, E Aas, G Botten et al. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *AJOG*. 2011. 205(1); 45.e1-9.
30. JC Rivo, M Amyx, V Pingray et al. Obstetrical providers' preferred mode of delivery and attitude towards non-medically indicated caesarean sections: a cross-sectional study. *BJOG*. 2018. *Early View - Online Version*.
31. R Gonen, A Tamir, S Degani. Obstetricians' opinion regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2002. 99(4); 577-80.
32. CS Cotzias, S Paterson-Brown; NM Fisk. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001. 97(1); 15-6.
33. T Bergholt, B Østerg, J Lagarth, T Weber. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004. 83(3); 262-6.
34. SMW Pang, DT Leung, CY Lai. Determinants of preference for elective caesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women. *Hong Kong Med J*. 2007. 13(2); 100-105

35. S Labor, S Maguire. The Pain of Labour. *Rev Pain*. 2008. 2(2); 15-9.
36. L Jones, M Othoman, T Dowswell et al. Pain management for women in labour – an overview of systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012. (3).
37. M Silva, SH Halpern. Epidural analgesia for labor: Current techniques. *Local Reg Anesth*. 2010. 3, 143–153.
38. MA Stark. Exploring Women's Preferences for Labor Epidural Analgesia. *The Journal of Perinatal Education*. 2003. 12(2); 16-21.
39. M Anim-Somuah, R. S. (2011). *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. Cochrane Database Syst Rev.
40. Centro Materno-Infantil do Norte. Retrieved May 5, 2018 from <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A&und=jd>
41. Centro Hospitalar do Porto, Porto. Relatorio e Contas 2016. (2016). Porto: CHP, p.45.
42. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Deliveries (No.) by Place of residence of mother (NUTS - 2013) and Place (Delivery); Annual. Retrieved September 25, 2017, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008349&contexto=bd&selTab=tab2
43. A Karlström, A Nystedt, M Johansson, I Hildingsson. Behind the myth-few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2010. 27(5); 620-7.
44. MA Moffat, JS Bell, MA Porter et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *BJOG*. 2007. 114(1); 86-93
45. A Loke, L Davies, S Li. Factors influencing the decision that women make on their mode of birth: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res*. 2015. 15(274).
46. JL Zhang, Y Liu, S Meikle et al. Cesarean Delivery on Maternal Request in Southeast China. *Obstetrics & Gynecology*. 2008. 111(5); 1077-82
47. F Darsareh, T Aghamolaei, M Rajaei, A Madani, S Zare. The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. *Women and Birth*. 2016. 29(6).
48. GJ Edwards, NJ Davies. Elective caesarean section—the patient's choice? *J Obstet Gynaecol*. 2001. 21(2); 128-129
49. A Silva, H. Felix, M Ferreira. Preference for type of childbirth, factors associated with expectation and satisfaction with childbirth. *Rev. Eletr. Enf*. 2017. (Internet).
50. U Waldenström, I Hildingsson, EL Ryding. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006. 113(6); 638-646
51. K Stoll, JK Edmonds, WA Hall. Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth*. 2015. 42(3).
52. J Fenwick, L Staff, J Gamble, DK Creedy, S Bayes. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010. 26(4).
53. H Minkoff, FA Chervenak. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2003. 348(10).

54. M Black, V Entwistle, S Bhattacharya, K Gilles. Vaginal Birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ*. 2016. 6(1).
55. K Eden, J Hashima, P Osterweil, P Nygren et al. Childbirth Preferences after Cesarean Birth: A Review of the Evidence. *Birth*. 2004. 31(1).
56. M Wassen, L Miggiels, R Devlienger. Women's prelabour preference for epidural analgesia: a cross-sectional study among women from the Netherlands and Belgium. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013. 34 (1).
57. PORDATA. *Idade média da mãe ao nascimento de um filho - Consulta avançada*. Retrieved May 5, 2018, from PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt>
58. PORDATA. *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nível de escolaridade completo mais elevado da mãe - Consulta avançada*. Retrieved May 5, 2018, from PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt>

ARTIGO ORIGINAL

Tipo de parto em Portugal: Análise da preferência

DISSERTAÇÃO – MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto